



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrado

Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

RELACION ENTRE DEPRESION POSPARTO Y DETERMINANTES FAMILIARES ADVERSOS: UNA REVISION SISTEMATICA.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora:

María Augusta Cabrera Medina
CI: 0104251830

Correo electrónico:
magucab68@gmail.com

Directora:

Dra. Ana Cecilia Gómez Arias
CI: 0102379989

Cuenca – Ecuador
04 de febrero 2022



RESUMEN

Antecedentes: la depresión posparto es un problema de salud pública con prevalencia variable que presenta varios factores asociados destacando la disfunción familiar y violencia intrafamiliar.

Objetivo: determinar la asociación entre depresión posparto y determinantes familiares adversos.

Metodología: revisión sistemática. Se incluyeron 20 estudios internacionales analíticos tras la lectura de títulos y resúmenes basándose en dominios especificados y criterios STROBE desde enero 2015 a diciembre 2020 en inglés y español. Empleando bases de datos como Pubmed, Scopus y ScienceDirect, utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y operadores booleanos (Y, AND; NO, NOT y O, OR). Se recopilaron datos según autor, año, país, población, exposición, tipo de estudio, análisis. La información se sintetizó en tablas personalizadas.

Resultados: la prevalencia de depresión posparto varió ampliamente (3.30% - 35.20%) según la zona geográfica; 17 de 18 estudios establecieron relación entre depresión posparto y algún tipo de violencia intrafamiliar ($p \leq 0.05$). Tres estudios demostraron asociación entre depresión posparto y disfunción familiar ($p \leq 0.05$).

Conclusiones: la variabilidad en la prevalencia de depresión posparto coincide con los datos en la literatura, tanto la disfunción familiar como la violencia intrafamiliar en sus diversas formas de ejercicio podrían ser considerados factores precipitantes de depresión posparto.

Limitaciones: accesibilidad restringida a la información original debido a costos, no contar con estudios a nivel local con adecuada metodología; la mayoría de estudios revisados corresponden a regiones fuera de Latinoamérica y difícilmente se podrían extrapolar a la población local.

Palabras clave: Depresión posparto. Salud familiar. Relaciones familiares. Violencia familiar



ABSTRACT

Background: postpartum depression is a public health problem with a variable prevalence and various risk factors associated with family dysfunction and intrafamilial violence.

Objective: To determine the association between postpartum depression and adverse family determinants.

Methodology: a systematic review; 20 analytic international studies were included after reading the titles and abstracts based on the specified domains and STROBE criteria in English and Spanish from January 2015 to December 2020. The search was carried out in databases such as PubMed, Scopus, and ScienceDirect; using health sciences descriptors (DeCS) and Boolean operators (Y, AND; NO, NOT and O, OR). Data was compiled according to author, year, country, population, exposure, type of study, and analysis. Information was synthesized in personalized tables.

Results: prevalence of postpartum depression ranged widely (3.30% - 35.20%) according to the geographical area; 17 out of 18 studies established an association between postpartum depression and any kind of intrafamilial violence ($p \leq 0.05$). Three studies demonstrated links between postpartum depression and family dysfunction ($p \leq 0.05$).

Conclusions: the variability in the prevalence of postpartum depression concurs with other studies, family dysfunction and intrafamilial violence in its different forms of exercise may be precipitant factors of postpartum depression.

Limitations: restrictions regarding access to original articles due to fees, lack of local studies with adequate methodology. Most of the reviewed studies belong to regions outside Latin America and could hardly be correlated to the local population.

Keywords: Postpartum depression. Family health. Family relations. Family violence.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
DEDICATORIA	8
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	12
2.1 Depresión posparto	13
2.2 Factores de riesgo relacionados	13
2.2.1 Factores biológicos	14
2.2.2 Factores psicosociales	14
2.2.3 Factores de riesgo relacionados	14
2.3 Fisiopatología	15
2.4 Diagnóstico	15
2.5 Pronóstico	15
2.6 El rol familiar	15
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo general	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 DISEÑO METODOLÓGICO	18
4.1 Diseño del Estudio	18
4.2 Criterio de elegibilidad	18
4.3 Fuentes de información	19
4.4 Estrategia de búsqueda	19
4.5 Selección de Estudio	20
4.6 Proceso de recopilación y extracción de datos	20
4.7 Lista de los datos	21
4.8 Riesgo de sesgo en los estudios individuales	21
4.9 Síntesis de Resultados	21
4.10 Medidas de resumen	21
4.11 Riesgo de sesgo entre los estudios	22
4.12 Análisis adicionales	22
5 RESULTADOS	22



Tabla 4. Prevalencia de depresión posparto	22
Tabla 5. Asociación entre depresión posparto y disfunción familiar	23
Tabla 6. Asociación entre depresión posparto y violencia familiar	25
6. DISCUSIÓN	30
6.1 Limitaciones	31
6.2 Implicaciones	32
6.3 Financiación y conflicto de intereses	32
7. CONCLUSIONES	32
7.1 Recomendaciones	32
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
9. ANEXOS	40
Anexo 1. Caracterización de estudios para extracción de datos	40
Anexo 2. Tabla de evaluación metodológica (riesgo de sesgo en estudios individuales)	43
Anexo 3. Diagrama de flujo	45



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, María Augusta Cabrera Medina, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSPARTO Y DETERMINANTES FAMILIARES ADVERSOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de febrero de 2022

María Augusta Cabrera Medina

C.I: 0104251830



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, María Augusta Cabrera Medina, autora del trabajo de titulación "RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN POSPARTO Y DETERMINANTES FAMILIARES ADVERSOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de febrero de 2022

María Augusta Cabrera Medina

C.I: 0104251830



DEDICATORIA

A mi familia y amigos por el apoyo, paciencia y cariño a lo largo de los años de formación.



1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, la depresión posparto ocurre dentro de los 12 meses posteriores al parto (1), para la Asociación Americana de Psiquiatría esta inicia en la 4^a semana posparto y para la Organización Mundial de Salud (OMS) los síntomas depresivos en el posparto deben iniciar luego de la 6.^a semana (2); así podemos evidenciar un primer inconveniente para la detección de esta patología, ya que su definición varía según las diferentes fuentes consultadas.

El posparto es un período de vulnerabilidad para la mujer debido a cambios fisiológicos, psicológicos y corporales que conllevan a mayor estrés (3), que sumados a precipitantes de tipo biológicos, enfermedades mentales previas, violencia doméstica, disfunción familiar, falta de apoyo de la pareja y problemas sociales generan en la mujer el estado depresivo durante el puerperio (2,4,5)

El diagnóstico de depresión posparto se realiza mediante la aplicación de escalas validadas como la escala de Edimburgo o el cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ -9) (1,6,7); sin embargo, la mayoría de mujeres no comunican sentirse deprimidas ni en el embarazo o en el posparto por lo que estos problemas con frecuencia pasan inadvertidos al personal de salud (8).

Las situaciones de disfunción familiar y violencia están estrechamente relacionadas con la depresión posparto. Estas condiciones propician una relación de apego materno-infantil inseguro, problemas emocionales y conductuales en el bebé (3). Las mujeres que sufren violencia tienen un riesgo triplicado de complicaciones en el posparto inmediato, desarrollan mayor estrés y angustia asociados con depresión; así mismo, la disfunción familiar influye negativamente en las relaciones de los integrantes del núcleo familiar predisponiendo a situaciones de violencia y consecuentemente a depresión durante el posparto (9). Koirola P y Chuemchit M, (10) describen que la prevalencia de violencia doméstica en mujeres que desarrollaron depresión



posparto es amplia, (6.1 - 77.2%), informando que la violencia psicológica es la más prevalente.

Pasar por alto la detección de depresión posparto trae varias consecuencias como el deterioro del vínculo madre-hijo, menor tiempo de lactancia, mayor riesgo de no amamantar. En los niños de madres con trastorno depresivo posparto, se ha evidenciado mayor riesgo de no recibir inmunizaciones, prácticas de seguridad deterioradas, probablemente menor desarrollo cognitivo y psicopatología infantil, además de desarrollo anormal (11). A nivel familiar, se ha encontrado la afectación o empeoramiento de la relación de pareja y problemas de funcionamiento social. Por último, las consecuencias más graves se ven reflejadas en el infanticidio relacionado con psicosis posparto y el suicidio materno (2).

Esta revisión se centra en la asociación entre depresión posparto y determinantes familiares adversos (disfuncionalidad familiar y / o violencia familiar).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de depresión posparto es variable según varios autores, Patton G. et al., (12) indicaba que en países en vías de desarrollo su frecuencia oscilaba entre el 15% y 50%; Mauri M. et al., (13) describió que en países de bajos a medianos recursos la prevalencia variaba entre 6.5 % y 12.9. Por otra parte, Strelow B. et al., (14), indica que para el grupo de adolescentes en período posparto la frecuencia se encontraba entre el 25 – 36%.

De acuerdo a Shorey S. et al., (15), en su revisión sistemática y meta-análisis, se encontraron diferencias muy variables en la prevalencia de depresión posparto según las diferentes regiones, encontrando en Europa una frecuencia del 8%, en Australia y América del Sur el 19%, llegando al 26% en Medio Oriente.

En Chile, Mendoza B y Saldivia S (16), realiza una revisión bibliográfica



encontrando una incidencia del 15% aplicando la entrevista clínica estructurada del DSM-IV, esta cifra llega hasta el 26.4% empleando la escala de Edimburgo.

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 2015 señala que el 64% de los casos de depresión fueron diagnosticados en mujeres, aunque no especifica el porcentaje de depresión posparto (17).

En el ámbito familiar, la violencia dentro de la pareja en cualquiera de sus expresiones, el apoyo insuficiente de la pareja en el embarazo, el cuidado del recién nacido, ser soltera, la percepción negativa sobre el embarazo (no deseado), entre otros, son factores precipitantes del trastorno depresivo en el posparto (18–20). Para Çankaya S., (21) estos factores incrementan el riesgo de depresión posparto en un 55%. Meaney M., (11) describe que las madres deprimidas tienen mayor dificultad para la crianza de otros niños pequeños y que la calidad del cuidado es deficiente lo cual influye en el desarrollo neurocognitivo del infante. Huang Y. et al., (22) indica que el grado de disfunción familiar no solo se relaciona con depresión posparto, sino también con pobre apoyo de la red social en torno a la mujer. Nhi T et al., (23) manifiesta que existe un vínculo fuerte y claro entre la violencia doméstica y la depresión posparto, relatando, además que la violencia de tipo física y sexual fueron particularmente influyentes en el estado depresivo.

Debido a que se trata de una entidad de importante detección, con varios precipitantes en diferentes esferas se debe estimular a los profesionales de salud a mejorar su diagnóstico y manejo, recordando que pueden sobrevenir consecuencias en la salud materna, deterioro del vínculo materno-infantil, de pareja y familiar con el objetivo de garantizar salud mental a todo el núcleo familiar.

Pregunta de investigación:

¿Existe mayor riesgo de depresión posparto en las mujeres expuestas a determinantes familiares adversas (disfunción familiar y violencia familiar)?



1.2 JUSTIFICACIÓN

La depresión posparto es un trastorno prevenible con prevalencia variable a nivel mundial, con numerosos factores de riesgo y precipitantes que resultan en consecuencias en la salud mental y biológica de la madre, deterioro del vínculo madre-hijo, de su cuidado, problemas con el desarrollo del infante, empeoramiento de la relación de pareja lo que lleva a mayor deterioro de la familia. En ocasiones graves, este trastorno puede llevar a la madre al suicidio y al infanticidio (11).

El presente trabajo tiene impacto científico al recopilar información de calidad poniéndola a disposición de los profesionales de salud quienes serán los beneficiarios directos con el objetivo de mejorar las actuales estrategias de detección y cuidado materno-infantil y de salud mental a nivel familiar. Tomando en consideración variables como la disfunción familiar y la violencia intrafamiliar como precipitantes importantes de depresión posparto, con la finalidad de visualizar esta problemática desde aspectos familiares y no puramente biológicos. De manera indirecta, genera impacto social, ya que se beneficiarán los usuarios al proponer una visión más integral de atención enfocada en la familia en lugar del individuo.

El presente trabajo se encuentra dentro de las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017 y de la Universidad de Cuenca, contiene la temática de salud mental y trastornos del comportamiento, y coloca a la presente investigación dentro de la línea de depresión y distimia, que a su vez contempla la sub línea de atención integral y familiar.

La presente revisión sistemática será difundida por medio de las plataformas virtuales de la Universidad de Cuenca.

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

La definición de salud según la Organización Mundial de Salud (OMS), indica que se trata del estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la



ausencia de enfermedad (24); dentro de la problemática de la depresión posparto, se ven afectadas las tres esferas (bio-psico-social) tanto a nivel individual como a nivel familiar.

2.1 Depresión posparto

El Comité del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define a este trastorno como los episodios depresivos (mayores o menores) ocurridos en el embarazo o dentro de los 12 meses posteriores al parto y además señala que afecta a 1 de 7 mujeres durante el posparto (1). Para la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual DSM-5, especifica que en la depresión periparto los síntomas depresivos mayores pueden iniciar en el embarazo o dentro de las 4 semanas posteriores al parto (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) los episodios depresivos que se asociaron al puerperio requieren que los síntomas inicien luego de la sexta semana posparto (2).

En la práctica clínica, se considera como el episodio depresivo mayor que ocurre 4 semanas tras el parto, pudiendo también presentarse al 3.er, 6.º o hasta los 12 meses posteriores al parto (6).

Viguera A., (2) indica que en un estudio retrospectivo la depresión posparto ocurrió en un 54% dentro del primer mes, un 40% ocurrió entre el 2.º y 4.º mes y un 6% de los casos se presentaron entre el 5.º y 12.º mes posparto. Upadhyay R.P., et al., (18) informa que este trastorno ocurre en 100-150 mujeres por 1000 nacimientos.

2.2 Factores de riesgo relacionados

La depresión posparto está relacionada con varios factores de riesgo, cuya interacción en mujeres susceptibles condiciona su expresión. El factor principal es el antecedente de enfermedad mental (depresión o ansiedad) que inicia en la adolescencia o adultez temprana (24).



2.2.1 Factores biológicos

Edad menor a 25 años, multiparidad, historia familiar de depresión posparto o enfermedades psiquiátricas, obesidad al momento de la concepción, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, infección posparto, óbitos fetales, prematuridad, muy bajo peso al nacer, muerte neonatal, privación del sueño (2,19,24).

Patton G. et al., (12) reporta que se presentaron síntomas depresivos perinatales en uno de 13 embarazos en mujeres sin previo diagnóstico de trastornos mentales. En el caso de mujeres con enfermedades mentales diagnosticadas durante la adolescencia y edad adulta temprana, los síntomas depresivos se presentaron en 1 de cada 3 embarazos.

2.2.2 Factores psicosociales

Violencia de pareja, historial de abuso físico o sexual, embarazo no deseado, miedo al parto, imagen corporal insatisfactoria, neuroticismo, antecedente de síndrome premenstrual, tristeza (blues) del posparto, conflicto marital, migración durante o posterior al embarazo, ser soltera, bajos ingresos económicos, difícil acceso a seguridad social y sanitaria, etnia negra, baja escolaridad, escaso apoyo social o económico.

Desta M. et al., (25) informa que aquellas mujeres expuestas a violencia de pareja, incrementaban su riesgo de padecer depresión posparto en 5.4 veces.

2.2.3 Factores de riesgo relacionados

Lactancia dificultosa o de corta duración, estrés del cuidado del infante, falta de apoyo de la pareja, separación madre-hijo/a, cesárea (2,19,24).

A nivel familiar, se ha evidenciado afectación o empeoramiento de la relación de pareja y problemas de funcionamiento social. De manera global, el suicidio en el posparto ocurre en 1 y 5 casos por 100 000 nacidos vivos, aunque puede variar según el lugar. El infanticidio, aunque raro, varía de 2-7 por 100 000 nacidos vivos (2). Entre los precipitantes familiares, la disfunción familiar y la violencia intrafamiliar durante el embarazo y posterior a este están ligados con la



depresión posparto (1).

2.3 Fisiopatología

Se ha propuesto la interacción de mecanismos neuroendocrinos, neuroinflamatorios, disrupción en la neurotransmisión, genéticos y problemas psicológicos y (6,19,26). Algunos estudios han demostrado que la exposición prolongada a situaciones de estrés en mujeres durante el embarazo y posparto, generan hiperactividad de los sistemas de respuesta ante estrés, ocasionada desregulación y haciendo dificultoso el proceso de adaptación (27).

2.4 Diagnóstico

La herramienta diagnóstica más empleada es la escala de depresión posparto de Edimburgo que detecta síntomas comunes de depresión y consiste de 10 ítems, cada uno se califica de 0 a 3; los puntajes más altos indican mayor percepción de síntomas depresivos. El punto de corte es 12 puntos, esta escala tiene una sensibilidad del 72% y una especificidad del 88% (28). Muchas mujeres no comunican la presencia de síntomas depresivos (en el embarazo o posparto) a su proveedor de salud, por lo que estos problemas pueden pasar inadvertidos (8).

2.5 Pronóstico

Tras un primer episodio depresivo durante el posparto, existe un riesgo de entre 24-35% de presentar un nuevo episodio en embarazos subsecuentes o de manifestar episodio depresivo mayor (10). Es importante señalar que, cuanto mayor sea el involucramiento y apoyo de la familia, el tratamiento tiene mejores resultados (3).

2.6 El rol familiar



Para la teoría de sistemas, la familia constituye un sistema abierto que a su vez se conforma por subsistemas con interacciones complejas entre sus miembros y otros sistemas, y es además susceptible de autorregulación y transformación.

La teoría general de sistemas postula:

- El sistema general tiende a la homeostasis
- El cambio de uno de sus componentes afecta a los demás integrantes
- Para entender a uno de sus integrantes se debe comprender todo el sistema
- Son importantes sus componentes y sus interrelaciones
- El todo es más que la suma de sus partes

La familia busca cumplir con un objetivo tanto interno (protección psico-social), como externo (acomodación y transmisión de cultura) de sus miembros y de sus descendientes (29).

La funcionalidad familiar trata del conjunto de atributos del sistema familiar que explican las formas en cómo el sistema opera, evalúa o se comporta. Un sistema funcional está determinado por su estructura, comunicación, bienestar individual y familiar. La estructura y organización de los subsistemas se logra mediante la asignación de roles, la capacidad de resolver problemas, el nivel de flexibilidad, que permita mantener su homeostasis a pesar de enfrentar situaciones de conflicto. Al presentarse desequilibrio, puede sobrevenir disfuncionalidad, que implica disminución de la funcionalidad y como consecuencia, suscitar situaciones de dolor, agresión, ausencia de afecto, deterioro o posible desintegración, puesto que la estabilidad familiar depende del patrón de intercambio emocional (30).

El funcionamiento familiar está determinado por distintos procesos que facilitan su adaptación ante una o varias situaciones. Las tensiones originadas dentro de la familia, así como externamente a ella repercuten en su funcionamiento; por lo tanto, para mantener el sistema se requieren diversos mecanismos que permitan



la transformación de reglas (adaptación) e interacciones entre los miembros permitiendo la continuidad, por un lado, y por otro, el crecimiento de sus constituyentes (29). Dentro de las circunstancias que alteran la función familiar tenemos: estructura (límites muy rígidos o muy amplios, adición de un nuevo miembro/embarazo o pérdida), comunicación deficiente o inadecuada, alteraciones del bienestar individual o familiar ya sea por enfermedad, violencia o muerte de uno de los integrantes (31).

El presente trabajo toma en consideración tanto disfunción como violencia intrafamiliar. La disfunción familiar puede generar en sus miembros síntomas psicossomáticos y ser un factor precipitante de diversas enfermedades. Al presentarse disfuncionalidad, se alteran los roles familiares, se asumen formas de comunicación inadecuadas que suelen ser rígidas y van a contribuir a su perpetuación (20); dicho de otro modo, este sistema no es capaz de lidiar con el estrés. Esta alteración condiciona dificultades para negociar, desatención frente a opiniones y sentimientos de terceros, límites familiares imprecisos, pautas de interacción fijas y rígidas y el desempeño de roles no acordes con el ciclo vital de los miembros. Los instrumentos que permiten evaluar funcionalidad son varios (APGAR familiar, FF-SIL, FACES, etc); permitiendo catalogar a las familias como funcionales, con disfunción leve, moderada o severa (30).

En lo que respecta a violencia, esta hace referencia al ejercicio del poder que facilita la dominación, opresión o supremacía a quien la ejerce y una posición de sometimiento o sujeción de quien la sufre (20,32). Se la considera como una de las principales causas de disfunción en las familias y es un problema médico-social. Dentro de la violencia marital tanto la mujer como el hombre son susceptibles (29,31). La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la violencia contra la mujer dentro de la pareja, es un problema que afecta su salud mental; además, los actos de violencia o maltrato comúnmente se extienden a los hijos y otras personas que convivan con la familia (33).

El término violencia doméstica hace referencia a aquella ejercida por parte de la pareja, hacia los hijos o hacia los adultos mayores por cualquier miembro de la



familia; la violencia ejercida por la pareja incluye la de tipo físico, sexual, emocional y el control de las acciones. Debido a todas sus implicaciones, la violencia está reconocida como una violación de los derechos humanos (10). Existen varios cuestionarios empleados para investigar violencia como el cuestionario de violencia de Norvald, cuestionario de violencia contra la mujer de la OMS, escala de Tácticas de conflicto, entre varios otros. Koirala P., y Chuemchit M., (10) mencionan que la violencia psicológica es la expresión más frecuente de violencia dentro de la pareja, incrementando el riesgo de violencia/intimidación por otros miembros de la familia y se asoció con depresión posparto. Además, la violencia doméstica incrementa el riesgo de ideación suicida en mujeres con depresión posparto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre depresión posparto y determinantes familiares adversos

3.2 Objetivos específicos

- Describir la prevalencia de depresión posparto.
- Estimar la relación entre la disfunción familiar y la depresión posparto
- Establecer la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión posparto

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Diseño del Estudio

Revisión sistemática

4.2 Criterio de elegibilidad

Este estudio se basó en los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Se incluyeron estudios originales



disponibles a texto completo, tipo analíticos, transversales, longitudinales, retrospectivos locales e internacionales de los últimos 5 años en inglés y español, publicados internacionalmente contenidos en el cuartil 1 a Q2, según el ranking de la revista y su índice de impacto observado en el SCImago Journal Rank (SJR). Criterios de exclusión: estudios experimentales o cuasi-experimentales, estudios con metodología deficiente.

Tabla 1. Esquema PICO

Esquema PICO	
Población	Mujeres en período posparto
Exposición	Disfuncionalidad familiar y violencia intrafamiliar
Comparación	Funcionalidad familiar, ausencia de violencia intrafamiliar
Outcome/resultado	Depresión posparto
Pregunta de investigación	Si las mujeres en período posparto expuestas a determinantes familiares adversas como disfunción familiar y violencia familiar presentan mayor probabilidad de depresión posparto.

4.3 Fuentes de información

Se revisaron bases de datos de acceso libre, gratuito como Pubmed, EBSCO, ScienceDirect y bases de instituciones educativas. Combinación de términos: depresión posparto, función, disfunción, familiar, violencia familiar. La búsqueda apuntó a encontrar y seleccionar artículos publicados entre enero del 2015 a diciembre 2020.

4.4 Estrategia de búsqueda

Se buscaron estudios en bases electrónicas Pubmed, EBSCO, ScienceDirect y en base a la lectura de los títulos y resúmenes según la estrategia de búsqueda con los términos seleccionados a partir de la pregunta de investigación y empleando *Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)* y utilizando operadores



booleanos de intersección: Y, AND; Negación: NO, NOT y la suma lógica: O, OR; en bases de datos digitales de acceso libre y gratuito y bases de instituciones educativas como bibliotecas virtuales institucionales.

Tabla 2. Términos Descriptores en Ciencias de la salud (DeCS)

Términos DeCS	Equivalentes
Depresión posparto	Depresión Postnatal, Depresión Postparto, Depresión Puerperal
Salud de la familia	Bienestar familiar, salud familiar
Relaciones familiares	Dinámica Familiar, parentesco, relación familiar, relación de familia
Violencia doméstica	Violencia Familiar

4.5 Selección de Estudio

Basada en la lectura de títulos y resúmenes según los dominios especificados. Como segundo paso, se separaron aquellos que cumplían el período de búsqueda establecido. Posteriormente, se realizó verificación de los criterios de elegibilidad, se incluyeron estudios que analizaron la relación entre depresión posparto y disfunción familiar y/o violencia intrafamiliar. Los estudios observacionales cumplieron con los criterios STROBE (pregunta u objetivo de investigación, participantes, posibilidad de comparación entre grupos, definición y medición de variables, análisis estadístico, resultados, conclusiones, conflictos de interés). Se excluyeron los estudios que no cumplían con los criterios de elegibilidad, que tenían más de 5 años de publicación, guías, protocolos, investigaciones cualitativas.

4.6 Proceso de recopilación y extracción de datos

Tras seleccionar estudios se realizó un tamizaje de la literatura según los criterios de elegibilidad, los datos se agruparon en una matriz para su posterior análisis. Mediante el programa Excel se diseñó una tabla para evitar la duplicación de



estudios, en la cual constaron:

N°	ID estudio	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Medida			Resultados	Revista
						Depresión posparto	Disfunción familiar	Violencia		

4.7 Lista de los datos

Tabla 3. Variables y definición

VARIABLE	DEFINICIÓN
Depresión posparto	Síntomas depresivos mayores presentes a partir de la 4ta semana posparto hasta los 12 meses posparto.
Disfunción familiar	Alteración de la funcionalidad familiar en sus roles, adaptación, estructura, comunicación, apoyo.
Violencia familiar	Forma de ejercicio del poder que facilita la dominación, opresión o supremacía a quien la ejerce y una posición de sometimiento o sujeción de quien la sufre. Dentro de esta variable se incluyen los distintos tipos de violencia (psicológica, física, sexual)

4.8 Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Estudios sin validez interna fueron excluidos. Mediante la herramienta STROBE para estudios observacionales se examinaron individualmente los estudios determinando su validez; además de realizar el cálculo del porcentaje de estudios que cumplan con los ítems de la guía respectiva (Anexo 2).

4.9 Síntesis de Resultados

Los resultados fueron sintetizados de manera secuencial de acuerdo a los objetivos de la investigación. La información recolectada de los artículos fue presentada por medio de tablas personalizadas para prevalencia, relación entre depresión posparto y violencia intrafamiliar, así como disfunción familiar.

4.10 Medidas de resumen

Las principales medidas obtenidas fueron valor de p y odds ratio con su intervalo de confianza para valorar significancia estadística o asociación entre depresión

posparto, disfunción familiar y violencia intrafamiliar.

4.11 Riesgo de sesgo entre los estudios

Lectura de los estudios originales, tomando en cuenta conflictos de intereses de los autores y la publicación en una única revista.

4.12 Análisis adicionales

Se describen análisis de subgrupos dentro de la categoría de violencia familiar, indicando según los estudios la mayor incidencia de un tipo de violencia sobre otro en relación a depresión posparto.

5 RESULTADOS

Los estudios se realizan en tres continentes distintos y demuestran asociación estadísticamente significativa entre depresión posparto, disfunción familiar y violencia intrafamiliar.

Tabla 4. Prevalencia de depresión posparto

N°	Autor	Año	Lugar	Diseño	Participantes	Prevalencia DPP*
1	Nhi TT, et al. (23)	2019	Vietnam	Longitudinal	1274	8.20%
2	Ogbo FA, et al. (34)	2018	Australia	Retrospectivo	17564	3.30%
3	Adamu AF, Adinew YM. (35)	2018	Etiopía	Transversal	618	23.30%
4	Huang Y, et al. (22)	2020	China	Transversal	490	10.40%
5	Miura A, Fujiwara T. (36)	2017	Japón	Transversal	6590	9.50%
6	Islam J, et al. (37)	2017	Bangladesh	Transversal	426	35.20%
7	Abadiga M. (38)	2019	Etiopía	Transversal	287	20.90%
8	Toru T, et al. (39)	2017	Etiopía	Transversal	102	22.40%
9	Feligreras-Alcalá D, et al. (40)	2020	España	Transversal	212	26.90%
10	Rogathi JJ. et al. (41)	2017	Tanzania	Prospectivo	1013	12%
11	Abebe A, et al. (42)	2019	Etiopía	Transversal	511	22.10%
12	Manongi R. et al. (43)	2020	Tanzania	Transversal	1116	11.50%
13	Çankaya S. (21)	2020	Turquía	Longitudinal	245	18%

Elaborada por la autora.

*DPP: depresión posparto



De los 20 estudios seleccionados, trece revisan frecuencia de depresión posparto en donde las cifras varían ampliamente, con una prevalencia tan baja como el 3.30% en Australia en el estudio de Ogbo FA, et al.(34), con una muestra considerable de participantes (17564) en un estudio retrospectivo contrastando con el 35.20% en Bangladesh en el estudio transversal de Islam J, et al. (37). Los estudios africanos reportan cifras que varían entre el 11.50% hasta el 23.30%; en tanto que para los países asiáticos los rangos van de 8.20% al 10.40%. Esta heterogeneidad en la prevalencia está acorde a lo reportado en la literatura para las diferentes regiones y los distintos factores asociados que se estudiaron.

Tabla 5. Asociación entre depresión posparto y disfunción familiar

N°	Autor	Año	Lugar	Estudio	Diseño	Participantes	Valor P	OR IC 95%
1	Nidey N, et al. (44)	2020	EEUU	Combinación de efectos adversos en la infancia y factores de riesgo para depresión posparto.	Retrospectivo	563	<0.01	3.4 2.09 - 4.77
2	Huang Y, et al. (22)	2020	China	La función familiar media completamente la relación entre soporte social y depresión perinatal en el suroeste rural de China	Transversal	490	<0.001	0.72 0.628- 0.824
3	Feligreras-Alcalá D, et al. (40)	2020	España	Recursos personales y familiares relacionados con síntomas depresivos y ansiosos en mujeres durante el puerperio	Transversal	212	<0.01	

Elaborada por la autora.

OR. Odds Ratio

IC: intervalo de confianza al 95%

En el 2020 se realizan dos estudios transversales y uno retrospectivo que



evalúan depresión posparto y factores asociados y entre estos consta disfunción familiar. Nidey N et al., (44) realiza un estudio retrospectivo en EE.UU, reportando que la asociación entre las variables fue positiva (OR: 3.4 IC 95% 2.09 – 4.77), añadiendo que la disfunción familiar vivida durante la infancia repercute en la edad adulta. En China, Huang Y, et al., (22), manifiesta que para las mujeres de la zona rural la asociación entre estas variables es positiva (OR: 0.72 IC 95% 0.628-0.824) indicando que quienes presentan disfunción familiar tienen 1.3 veces más riesgo de depresión posparto. Por último, Feligreras-Alcalá D, et al., (40) encontró un valor de $p < 0.01$ al cruzar ambas variables a pesar de contar una muestra relativamente pequeña de participantes.



Tabla 6. Asociación entre depresión posparto y violencia familiar

N°	Autor	Año	Lugar	Estudio	Diseño	Participantes	Tipo de violencia	OR	IC 95%	Valor P
1	Nhi TT, et al. (23)	2019	Vietnam	Violencia de pareja íntima entre mujeres embarazadas y depresión posparto en Vietnam	Longitudinal	1274	Emocional	1.01	0.6-1.69	0.96
							Física	5.08	2.58-10.02	0.001
							Sexual	1.92	1.10-3.35	0.021
2	Kita S, et al.(45)	2016	Japón	Asociación entre violencia de pareja íntima durante el embarazo, incapacidad de enlace madre – hijo y síntomas depresivos posnatales	Cohorte prospectiva	562	No física			0.5
							Física			0.001
3	Nidey N, et al.(44)	2020	EEUU	Combinación de efectos adversos en la infancia y factores de riesgo para depresión posparto.	Retrospectivo	563	Doméstica			<0.001
4	Ogbo FA, et al.(34)	2018	Australia	Determinantes de depresión antenatal y posnatal en Australia.	Retrospectivo	17564	Psicológica	4.6	4.1-5.1	<0.001
							Física	1.5	1.3-1.7	<0.001
5	Adamu AF, Adinew YM.(35)	2018	Etiopía	Violencia doméstica como factor de riesgo para depresión posparto en mujeres etíopes.	Transversal	618	Doméstica	3.1	1.6-5.9	
6	Miura A, Fujiwara	2017	Japón	Violencia de pareja íntima durante el embarazo y	Transversal	6590	Verbal	4.04	1.81-9.03	0.001
							Física	3.85	1.48-10.02	0.006



N°	Autor	Año	Lugar	Estudio	Diseño	Participantes	Tipo de violencia	OR	IC 95%	Valor P
				T.(36)						
				depresión posparto en Japón.						
7	Finnbogadóttir H, Dykes AK.(46)	2016	Suecia	Incremento de prevalencia e incidencia de violencia doméstica durante el embarazo y a medio año del posparto, así como factores de riesgo al sur de Suecia.	Longitudinal	1939	Doméstica	3.11	2.28-4.24	<0.001
8	Islam J, et al.(37)	2017	Bangladesh	Violencia de pareja íntima alrededor del embarazo y depresión posparto: la experiencia de mujeres en Bangladesh.	Transversal	426	Física	1.79	1.25-3.43	<0.05
							Sexual	2.25	1.14-4.45	<0.001
							Psicológica	6.92	1.71-28.04	<0.01
9	Chaves K, et al.(47)	2019	Australia	Violencia de pareja íntima identificada a través del tamizaje neonatal rutinario y resultados maternos y perinatales.	Retrospectivo	52509	Doméstica	3.11	2.28-4.24	< 0.001
10	Robertson Blackmore E, et al.(48)	2016	EEUU	Exposición durante toda la vida a violencia de pareja íntima y niveles de citoquinas proinflamatorias a lo largo del período perinatal	Longitudinal prospectivo	171	Pareja íntima	2.77	1.01-7.55	



N°	Autor	Año	Lugar	Estudio	Diseño	Participantes	Tipo de violencia	OR	IC 95%	Valor P
11	Abadiga M.(38)	2019	Etiopía	Magnitud y factores asociados a depresión posparto en mujeres en Nekemte, zona Wollega este, Etiopía del este, 2019. Estudio basado en la comunidad.	Transversal	287	Doméstica	5.92	2.44-14.40	<0.25
12	Toru T, et al.(39)	2017	Etiopía	Magnitud de depresión posparto y factores asociados en mujeres en Mizan Aman, Bench Maji. Sureste Etíope.	Transversal	456	Doméstica	2.86	1.72,8.79	<0.25
13	Rogathi JJ. et al.(41)	2017	Tanzania	Depresión posparto en mujeres que han experimentado violencia de pareja íntima.	Prospectivo	1013	Emocional	1.46	0.92-2.30	0.106
							Física	2.15	1.13-4.11	0.02
							Sexual	1.98	1.22-3.23	0.006
14	Abebe A, et al.(42)	2019	Etiopía	Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia	Transversal	511	Pareja íntima	3.16	1.76- 5.67	<0.001
15	Gibbs A, et al.(49)	2017	Sudáfrica	Prevalencia y factores asociados con violencia de pareja íntima reciente y relación entre discapacidad y depresión posparto en mujeres en una	Transversal	275	Física o sexual	1.2	1.04-1.38	<0.01



N°	Autor	Año	Lugar	Estudio	Diseño	Participantes	Tipo de violencia	OR	IC 95%	Valor P
				clínica de la municipalidad eThekwini, Sudáfrica.						
16	Shidhani N, et al.(50)	2020	Omán	Prevalencia, factores de riesgo y efectos de la violencia doméstica antes y durante el embarazo sobre resultados en el nacimiento. Estudio observacional en mujeres omaníes alfabetizadas	Transversal	960	Física			0.7
							Emocional			0.94
17	Manongi R. et., al.(43)	2017	Tanzania	Asociación entre violencia de pareja íntima y signos de depresión durante el embarazo en la región de Kilimanjaro, Tanzania del Norte.	Transversal	1116	Emocional	2.16	1.35-3.44	0.001
							Física	4.42	2.65-7.37	0.001
							Sexual	2.53	1.60-4.00	0.001
18	Çankaya S.(21)	2020	Turquía	Efecto de factores de riesgo psicosociales sobre depresión posparto en el período antenatal.	Longitudinal	245	Doméstica	0.056	0.014-0.236	0.000

Elaborada por la autora.
OR. Odds Ratio
IC: intervalo de confianza al 95%

De los 20 estudios recopilados 18 estudian la relación entre violencia intrafamiliar y depresión posparto, únicamente Shidhani N, et



al., (50) en Omán indica ausencia de esta asociación, en este trabajo se investigó principalmente violencia física y emocional con relación a depresión en el posparto y aunque se reporta una alta prevalencia de violencia doméstica en este país, se hace énfasis en que la incidencia de esta y sus diversos tipos son sustancialmente menores durante el embarazo lo que probablemente disminuye su asociación a depresión posparto además ha de tenerse en cuenta que la población analizada se limitó a mujeres alfabetizadas que eran capaces de auto aplicarse la escala de evaluación.

Es importante mencionar que en todos los demás estudios se relaciona de manera estadísticamente significativa la depresión posparto con diferentes tipos de violencia. El tipo de violencia que se encuentra con mayor frecuencia dentro de los trabajos es la de tipo física, reportada en ocho estudios con relación estadísticamente significativa salvo en el estudio realizado en Omán. En tanto que, la violencia doméstica estuvo descrita en 7 estudios, de los cuales en dos tenemos un valor de $p > 0.05$. En cuatro estudios se evaluó la asociación de la violencia emocional con depresión posparto encontrando valores estadísticamente no significativos en tres de ellos. La violencia sexual fue abordada en cuatro estudios, todos reportando significancia estadística. Dos estudios evaluaron violencia psicológica, uno violencia verbal, dos analizaron violencia de la pareja íntima y uno violencia física o sexual reportando en todos ellos asociación con depresión posparto. Por último, un estudio que evalúa la violencia física y no física indica que esta última carece de relación estadísticamente significativa.



6. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión posparto resultó muy variable desde 3.30% en 2018 descrita por Ogbo FA, et al. (34) en Australia hasta 35.20% reportada por Islam J, et al. (37) en 2017 en Bangladesh, lo cual podría estar en relación con diferentes características socioeconómicas, etarias, familiares, culturales entre otras, que pudieran determinar la frecuencia del trastorno y por lo tanto resultar en cifras muy dispares en las distintas regiones. La relevancia de estos datos nos sugiere que al realizar una búsqueda activa de factores de riesgo y síntomas depresivos en el posparto se podría tener una mejor noción de la frecuencia a nivel local de esta temática con importantes repercusiones individuales, familiares y sociales, convirtiéndose en una problemática de salud pública.

Los estudios responden a los objetivos de la investigación demostrando clara asociación entre determinantes adversos familiares y depresión posparto; sin embargo, es importante considerar el número reducido de estudios que analizaron la relación con disfunción familiar. Resulta importante dirigir la atención del personal de salud a la investigación de las características y funcionalidad familiar para generar mejores estrategias de detección e intervención en factores de riesgo de esta índole.

Con respecto a la *violencia intrafamiliar*, los autores describen diferentes tipos de violencia, demostrando en su mayoría asociación con depresión posparto. Varios de estos estudios se han llevado a cabo con grupos grandes de participantes denotando numerosos factores asociados tanto para violencia como para depresión posparto, las regiones geográficas donde fueron realizados los análisis también varían ampliamente, aunque la mayoría corresponden a países en vías de desarrollo situados en diferentes continentes dando una amplia variación en la población estudiada. De los 18 estudios evaluados, 8 desglosan el tipo de violencia experimentada (física, no física, emocional, psicológica, doméstica, de pareja íntima y sexual) y su relación con depresión posparto (23,34,36,37,41,43,45,50), siendo esta asociación positiva salvo en el estudio de Rogathi JJ et al., (41) del 2017 en donde la violencia de tipo emocional no presentó significancia estadística ($p > 0.106$); para el estudio japonés de Kita S et



al., (45) en 2016 la violencia no física tampoco fue estadísticamente significativa (p 0.5), por último, Shidhani N et al., (50) en 2020 indica que tanto la violencia física (p 0.7) como emocional (p 0.94) carecen de significancia estadística.

La *disfunción familiar* es un factor precipitante de depresión posparto y que a su vez es un factor que puede llevar a situaciones de violencia intrafamiliar y consecuentemente al trastorno depresivo (9), es importante fomentar acciones encaminadas a fortalecer el primer nivel de atención en salud, dotando a los profesionales de información de calidad y herramientas que les permita intervenir y acompañar a las familias que presenten mayor riesgo de disfuncionalidad. Los tres estudios que evaluaron esta relación se realizaron en 2020, en tres continentes diferentes en los que la significancia estadística (valor de p) varió entre 0.01 -0.001 (22,40,44).

La relevancia del presente trabajo radica en visibilizar el problema y concientizar al personal sanitario para llevar una atención integral de la mujer y su núcleo familiar; consecuentemente entregando mayor calidad de cuidados a las usuarias incluyendo estrategias que permitan trabajar con distintos grupos poblaciones. Además, se debe recordar que en el posparto existen varios factores que se pueden trabajar perfectamente desde el primer nivel de atención tanto en su detección como tratamiento y seguimiento a largo plazo.

6.1 Limitaciones

Rubros económicos que limitaron el acceso a diferentes bases de datos, reduciendo el número de fuentes consultadas; en segundo lugar, no se encontraron estudios locales con metodología adecuada invisibilizando el problema en nuestro entorno, además los estudios seleccionados pertenecen a diversas regiones y poblaciones heterogéneas que no permiten extrapolar los resultados a nivel local. En cuanto a las fortalezas del estudio, se logró recopilar en bases de libre acceso estudios de revistas Q1-Q2, permitiendo sintetizar información de buena calidad.



6.2 Implicaciones

La presente revisión recopila información de calidad, enfatizando en el entorno familiar de la mujer y su asociación directa con la depresión posparto haciendo un llamado a la reflexión a los profesionales involucrados en el cuidado materno-infantil para realizar un seguimiento de calidad que permita detectar factores de riesgo y problemas emergentes generando estrategias de tratamiento multidisciplinario e integral.

6.3 Financiación y conflicto de intereses

Las fuentes de financiamiento fueron provistas únicamente por la autora del estudio. La autora no tiene ninguna relación o convenio con entidades que hayan proporcionado apoyo financiero.

7. CONCLUSIONES

- Existe asociación estadísticamente significativa entre depresión posparto y determinantes familiares adversos.
- La presente revisión encontró gran variabilidad en la prevalencia de este problema según el área geográfica.
- La disfunción familiar está relacionada con la presentación de depresión en el posparto.
- Los estudios demuestran relación entre depresión posparto y diferentes tipos de violencia intrafamiliar.

7.1 Recomendaciones

- Ampliar el conocimiento de los profesionales de salud a cargo del binomio madre-hijo que permita identificar factores de riesgo y detectar tempranamente depresión posparto para un tratamiento oportuno y efectivo.
- Realizar a futuro estudios de calidad a nivel local trabajando con poblaciones homogéneas en distintos grupos sociales que permitan orientar una atención integral a la familia, garantizando el bienestar de todos los miembros del núcleo familiar.



- Reforzar las actividades para la detección de factores de riesgo, aplicación de escalas para detectar disfunción familiar y violencia intrafamiliar.
- Fomentar el trabajo multidisciplinario e interinstitucional en la atención materno-infantil.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diaz NM, Plunkett BA. Screening for perinatal depression. Vol. 125 No.5, The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015.
2. Viguera A. Depresión mayor unipolar posparto: Epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico. UpToDate. 2020;1–43.
3. Wedel K. Depresión , Ansiedad Y Disfunción Familiar en el Embarazo. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2018;3(1):3–8. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
4. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord [Internet]. 2016;191:62–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
5. Records K, Rice MJ. A comparative study of postpartum depression in abused and nonabused women. Arch Psychiatr Nurs. 2005;19(6):281–90.
6. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annu Rev Med. 2019;70:183–96.
7. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. Am Fam Physician. 2010;82(8):926–33.
8. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? Nurs Clin North Am [Internet]. 2019;54(4):561–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.006>
9. Vásquez G, Rodríguez D, Correa A, Alvarado V, Llaque M. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal . Hospital Regional de Cajarma, Perú. Scientia. 2017;9(2):145–52.
10. Koirala P, Chuemchit M. Depression and domestic violence experiences among Asian women: A systematic review. Int J Women's Health. 2020;12:21–33.
11. Meaney M. Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health. Am J Psychiatry. 2018;175(11):1084–93.
12. Patton GC, Romaniuk H, Spry E, Coffey C, Olsson C, Doyle LW, et al. Prediction of perinatal depression from adolescence and before



- conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *Lancet*. 2015;386(9996):875–83.
13. Mauri M, Borri C, Cargioli C, Miniati M, Banti S. Postpartum depression. *Psychiatr Disord Dur Postpartum Period Light Curr Adv*. 2016;1–10.
 14. Strelow B, Fellows N, Fink SR, O’Laughlin DJ, Radke G, Stevens J, et al. Postpartum depression in older women. *J Am Acad Physician Assist*. 2018;31(3):15–8.
 15. Shorey S, Yin Ing C, Debby NE, Yiong Huak C, Wai San W, Seng C. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2018;104:235–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
 16. Mendoza B C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil*. 2015;143(7):887–94.
 17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Egresos Hospitalarios [Internet]. 2015. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
 18. Upadhyay RP, Chowdhury R, Salehi A, Sarkar K, Singh SK, Sinha B, et al. Postpartum depression in India: A systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2017;95(10):706–17. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L618676858%0Ahttp://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.192237>
 19. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment, and consequences for maternal care. *Horm Behav* [Internet]. 2016;77:153–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
 20. Mayor S, Salazar C. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2019;21(1):96–105. Available from: <https://fondodeculturaeconomica.com/PDF/Caja de>



- herramientas/Regulacion_y_Prevenccion_de_Conflictos.pdf
21. Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020;34(3):176–83.
 22. Huang Y, Liu Y, Wang Y, Liu D. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):1–18.
 23. Nhi TT, Hanh NTT, Hinh ND, Toan N Van, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study. *Biomed Res Int.* 2019;2019:9.
 24. DynaMed. Depresión post-parto. Resumen y recomendaciones. ¿Quién está más afectado? [Internet]. 2018. p. 1–84. Available from: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~%0AT113729>
 25. Desta M, Memiah P, Kassie B, Ketema DB, Amha H, Getaneh T, et al. Postpartum depression and its association with intimate partner violence and inadequate social support in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord [Internet].* 2021;279:737–48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.053>
 26. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol [Internet].* 2019;52(December 2018):165–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
 27. Lara-Cinisomo S, Girdler SS, Grewen K, Meltzer-Brody S. A Biopsychosocial Conceptual Framework of Postpartum Depression Risk in Immigrant and U.S.-born Latina Mothers in the United States. *Women's Heal Issues [Internet].* 2016;26(3):336–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2016.02.006>
 28. Sunnqvist C, Sjöström K, Finnbogadóttir H. Depressive symptoms during pregnancy and postpartum in women and use of antidepressant treatment - a longitudinal cohort study. *Int J Women's Health.* 2019;11:109–17.
 29. Garza Elizondo T, Gutiérrez Herrea RF. Trabajo con Familias. Abordaje



- médico e integral. 3a ed. Morales Saavedra JL, Torres Rodríguez VB, editors. México: El Manual Moderno; 2015. 68–70 p.
30. Singuenza W, Buñay R, Guaman M. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes [Internet]. Rev. enferm. herediana. 2018. Available from:
file:///C:/Users/lenovo/Downloads/document (4).pdf
 31. Armas Guerra N, Díaz Muñoz L. Entre Voces y Silencios. Las Familias Por Dentro. 1era ed. Quito; 2007. 135–139 p.
 32. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. 2014;139–52.
 33. Carlos A, Palacio A. Violencia y salud mental. Rev Colomb Psiquiatr. 2013;42(1):7–8.
 34. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. BMC Psychiatry. 2018;18(1):1–11.
 35. Adamu AF, Adinew YM. Domestic Violence as a Risk Factor for Postpartum Depression Among Ethiopian Women: Facility Based Study. Clin Pract Epidemiol Ment Heal. 2018;14(1):109–19.
 36. Miura A, Fujiwara T. Intimate partner violence during pregnancy and postpartum depression in Japan: A cross-sectional study. Front Public Heal. 2017;5(APR):1–7.
 37. Islam Jahirul, Broidy Lisa, Baird Kathleen M. Intimate Partner Violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. PLoS One. 2017;12(5):98–105.
 38. Abadiga M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. PLoS One. 2019;14(11):1–15.
 39. Toru T, Chemir F, Anand S. Magnitude of postpartum depression and associated factors among women in Mizan Aman town, Bench Maji zone, Southwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):1–7.
 40. Feligreras-Alcalá D, Frías-Osun A, Del-Pino-Casado R. Personal and family resources related to depressive and anxiety symptoms in women



- during puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):1–14.
41. Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, Rasch V, Sigalla GN, Gammeltoft T, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J Affect Disord [Internet]*. 2017;218(December 2016):238–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.063>
 42. Abebe A, Tesfaw G, Mulat H, Hibdye G, Yohannes K. Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia. *Ann Gen Psychiatry [Internet]*. 2019;18(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0244-4>
 43. Manongi R, Rogathi J, Sigalla G, Mushi D, Rasch V, Gammeltoft T, et al. The Association Between Intimate Partner Violence and Signs of Depression During Pregnancy in Kilimanjaro Region, Northern Tanzania. *J Interpers Violence*. 2020;35(23–24):5797–811.
 44. Nidey N, Bowers K, Ammerman RT, Shah AN, Phelan KJ, Clark MJ, et al. Combinations of adverse childhood events and risk of postpartum depression among mothers enrolled in a home visiting program. *Ann Epidemiol [Internet]*. 2020;52:26–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.09.015>
 45. Kita S, Haruna M, Matsuzaki M, Kamibeppu K. Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. *Arch Women's Ment Health*. 2016;19(4):623–34.
 46. Finnbogadóttir H, Dykes AK. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -A longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2016;16(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>
 47. Chaves K, Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Jalaludin B, Khanlari S, et al. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–10.



48. Robertson Blackmore E, Mittal M, Cai X, Moynihan JA, Matthieu MM, O'Connor TG. Lifetime Exposure to Intimate Partner Violence and Proinflammatory Cytokine Levels Across the Perinatal Period. *J Women's Heal.* 2016;25(10):1004–13.
49. Gibbs A, Carpenter B, Crankshaw T, Hannass-Hancock J, Smit J, Tomlinson M, et al. Prevalence and factors associated with recent intimate partner violence and relationships between disability and depression in postpartum women in one clinic in eThekweni Municipality, South Africa. *PLoS One.* 2017;12(7):1–12.
50. Al Shidhani NA, Al Kendi AA, Al Kiyumi MH. Prevalence, risk factors and effects of domestic violence before and during pregnancy on birth outcomes: An observational study of literate Omani women. *Int J Women's Health.* 2020;12:911–25.



9. ANEXOS

Anexo 1. Caracterización de estudios para extracción de datos

N°	ID estudio	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Medida			Revista	Cuartil
						Depresión posparto	Disfunción familiar	Violencia		
1	Nhi TT, et al. 2019	Vietnam	Violencia de pareja íntima entre mujeres embarazadas y depresión posparto en Vietnam	Longitudinal	1274	Escala de Edimburgo		Versión modificada del cuestionario de OMS	BioMed Research International	Q2
2	Kita S, et al. 2016	Japón	Asociación entre violencia de pareja íntima durante el embarazo, incapacidad de enlace madre – hijo y síntomas depresivos posnatales	Cohorte prospectiva	562	Versión japonesa de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión		Índice de abuso de pareja versión japonesa	Arch Women's Ment Health	Q1
3	Nidey N, et al. 2020	EEUU	Combinación de efectos adversos en la infancia y factores de riesgo para depresión posparto	Retrospectivo	563	Escala de Edimburgo	Cuestionario de experiencias adversas en la infancia	Cuestionario de experiencias adversas en la infancia	Annals of Epidemiology	Q2
4	Ogbo FA, et al. 2018	Australia	Determinantes de depresión antenatal y posnatal en Australia	Retrospectivo	17564	Escala de Edimburgo		Cuestionario sí/no	BMC Psychiatry	Q1
5	Adamu FA, Adinew YM. 2018	Etiopía	Violencia doméstica como factor de riesgo para depresión posparto en mujeres etíopes	Transversal	618	Escala de Edimburgo		No especificado	Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	Q2
6	Huang Y, et al. 2020	China	La función familiar media completamente la relación entre soporte social y depresión perinatal en el suroeste rural de China	Transversal	490	Escala de Edimburgo	Apgar Familiar		Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	Q2
7	Miura A, Fujiwara T. 2017	Japón	Violencia de pareja íntima durante el embarazo y depresión posparto en Japón	Transversal	6590	Escala de Edimburgo		Cuestionario 2 preguntas basado en el Escala de Tácticas de conflicto	Frontiers in Public Health	Q2
8	Finnbogadóttir H, Dykes AK. 2016	Suecia	Incremento de prevalencia e incidencia de violencia doméstica durante el embarazo y a medio año del posparto, así como factores de riesgo al sur de Suecia	Longitudinal	1939	Escala de Edimburgo		Cuestionario de abuso de NorVold	BMC Pregnancy and Childbirth	Q1
9	Islam J, et al. 2017	Bangladesh	Violencia de pareja íntima alrededor del embarazo y depresión posparto: la experiencia de mujeres en Bangladesh	Transversal	426	Escala de Edimburgo		Entrevista dirigida	PLOS ONE	Q1



Nº	ID estudio	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Medida			Revista	Cuartil
						Depresión posparto	Disfunción familiar	Violencia		
10	Chaves K, et al. 2019	Australia	Violencia de pareja íntima identificada a través del tamizaje neonatal rutinario y resultados maternos y perinatales	Retrospectivo	52509	Escala de Edimburgo		NSW Preguntas de tamizaje de rutina para violencia doméstica	BMC Pregnancy and Childbirth	Q1
11	Robertson Blackmore E, et al. 2016	EEUU	Exposición durante toda la vida a violencia de pareja íntima y niveles de citoquinas proinflamatorias a lo largo del período perinatal	Longitudinal prospectivo	171	Escala de Edimburgo		Entrevista dirigida	JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH	Q1
12	Abadiga M. 2019	Etiopía	Magnitud y factores asociados a depresión posparto en mujeres en Nekemte, zona Wollega este, Etiopía del este, 2019. Estudio basado en la comunidad	Transversal	287	Escala de Edimburgo		cuestionario sí/no	PLOS ONE	Q1
13	Toru T, et al. 2017	Etiopía	Magnitud de depresión posparto y factores asociados en mujeres en Mizan Aman, Bench Maji. Sureste Etíope	Transversal	102	Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ -9)		Escala de satisfacción marital de Kansas de 3 ítems	BMC Pregnancy and Childbirth	Q1
14	Feligreras-Alcalá D, et al. 2020	España	Recursos personales y familiares relacionados con síntomas depresivos y ansiosos en mujeres durante el puerperio	Transversal	212	Escala de Edimburgo	Apgar Familiar		International Journal of Environmental Research and Public Health	Q2
15	Rogathi JJ. et al. 2017	Tanzania	Depresión posparto en mujeres que han experimentado violencia de pareja íntima	Prospectivo	1013	Escala de Edimburgo		Estudio en varios países de la OMS en salud de las mujeres y violencia doméstica	Journal of Affective Disorders	Q1
16	Abebe A, et al. 2019	Etiopía	Postpartum depression and associated factors among mothers in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia	Transversal	511	Escala de Edimburgo		Herramienta de tamizaje de evaluación de abuso	Annals of General Psychiatry	Q2
17	Gibbs A, et al. 2017	Sudáfrica	Prevalencia y factores asociados con violencia de pareja íntima reciente y relación entre discapacidad y depresión posparto en mujeres en una clínica de la municipalidad eThekwni, Sudáfrica	Transversal	275	Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems (PHQ -9)		Encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia contra la mujer modificada para Sudáfrica	PLOS ONE	Q1



N°	ID estudio	País	Título	Tipo de estudio	Muestra	Medida			Revista	Cuartil
						Depresión posparto	Disfunción familiar	Violencia		
18	Shidhani N, et al. 2020	Omán	Prevalencia, factores de riesgo y efectos de la violencia doméstica antes y durante el embarazo sobre resultados en el nacimiento. Estudio observacional en mujeres omaníes alfabetizadas	Transversal	960			Cuestionario arábico de NorVold de violencia doméstica	International Journal of Women's Health	Q1
19	Manongi R. et al. 2017	Tanzania	Asociación entre violencia de pareja íntima y signos de depresión durante el embarazo en la región de Kilimanjaro, Tanzania del Norte	Transversal	1116	Escala de Edimburgo		Estudio en varios países de la OMS en salud de las mujeres y violencia doméstica	Journal of Interpersonal Violence	Q2
20	Çankaya S. 2020	Turquía	Efecto de factores de riesgo psicosociales sobre depresión posparto en el período antenatal	Longitudinal	245	Escala de Edimburgo		Escala de evaluación de salud psicosocial en el embarazo	Archives of Psychiatric Nursing	Q2

Elaborada por la autora.



Anexo 2. Tabla de evaluación metodológica (riesgo de sesgo en estudios individuales)

N°	ID estudio	País	Métodos	Participantes		Muestra			Metodología				Resultados		Discusión		Total	Porcentaje de cumplimiento	
			Diseño	Criterios de elegibilidad	Selección	Variables	Tamaño	Aleatorio	Instrumentos de recolección	Estadísticos control de confusión	Estadísticos de análisis de subgrupos e interacciones	Tratamiento de datos ausentes	Participantes en cada fase	Datos descriptivos	Resultados principales	Limitaciones			Interpretación
1	Nhi TT, et al. 2019	Vietnam	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	86,6%
2	Kita S, et al. 2016	Japón	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	12	80%
3	Nidey N, et al. 2020	EEUU	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	12	80%
4	Ogbo FA, et al. 2018	Australia	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3%
5	Adamu FA, Adinew YM. 2018	Etiopía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	93,3%
6	Huang Y, et al. 2020	China	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	14	93,3%
7	Miura A, Fujiwara T. 2017	Japón	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3%
8	Finnbogadóttir H, Dykes AK. 2016	Suecia	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3%
9	Islam J, et al. 2017	Bangladesh	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	13	86,6%
10	Chaves K, et al. 2019	Australia	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3%
11	Robertson Blackmore E, et al. 2016	EEUU	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	80%



N°	ID estudio	País	Métodos		Participantes				Muestra			Metodología				Resultados		Discusión		Total	Porcentaje de cumplimiento
			Diseño	Criterios de elegibilidad	Selección	Variables	Tamaño	Aleatorio	Instrumentos de recolección	Estadísticos control de confusión	Estadísticos de análisis de subgrupos e interacciones	Tratamiento de datos ausentes	Participantes en cada fase	Datos descriptivos	Resultados principales	Limitaciones	Interpretación				
12	Abadiga M. 2019	Etiopía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	13	86,6%		
13	Toru T, et al. 2017	Etiopía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	12	80%		
14	Feligreras-Alcalá D, et al. 2020	España	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	13	86,6%		
15	Rogathi JJ. et al. 2017	Tanzania	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	80%		
16	Abebe A, et al. 2019	Etiopía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	13	86,6%		
17	Gibbs A, et al. 2017	Sudáfrica	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	86,6%		
18	Shidhani N, et al. 2020	Omán	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3%		
19	Manongi R. et al. 2017	Tanzania	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	80%		
20	Çankaya S. 2020	Turquía	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	93,3%		

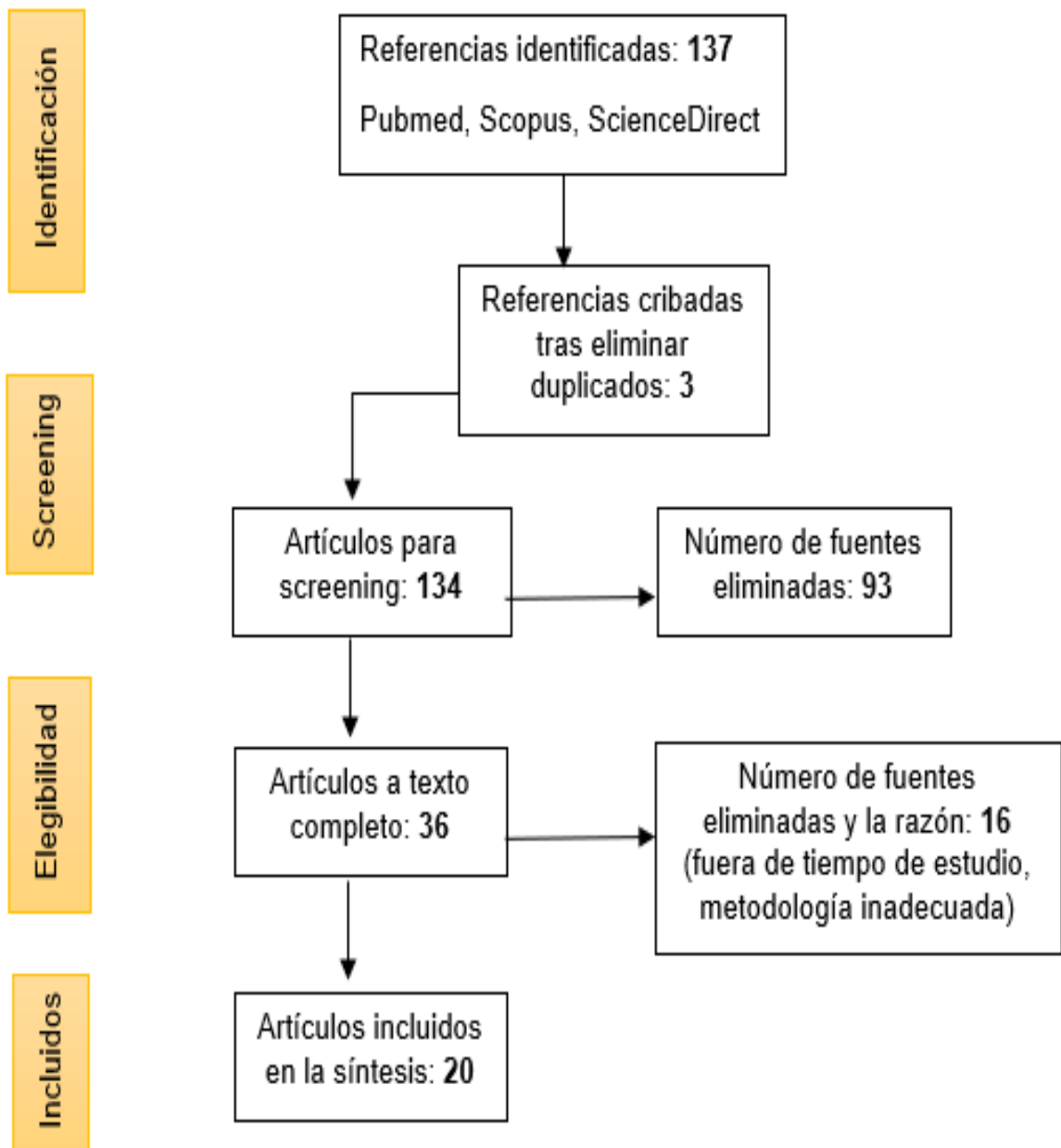
Cumple=1

No cumple=0

Elaborada por la autora.



Anexo 3. Diagrama de flujo



Elaborada por la autora.